Opłata pocztowa uiszczana ryczałtem.

№ 2. *Warszawa, Luty 1928 r.* *Rok XXIV.*

PRZEGLĄD FELCZERSKI

OFICJALNY ORGAN CENTR. ZWIĄZKU FELCZERÓW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ.

Słowo o nierealności pewnych projektów.

Okazję do paru słów niniejszych dostarcza nam projekt o zapobieganiu chorób wenerycznych, ogłoszony w prasie i wydrukowany w poprzednim numerze „Przeglądu Felczerskiego". Projekt ten, spotkawszy się z ostrą krytyką sfer lekarskich został również omówiony na łamach naszego pisma.

Państwo nasze, mimo swego dziesięcioletniego istnienia, znajduje się jeszcze w stadjum organizacji. Wiele dziedzin nie zostało jeszcze przez prawo uregulowanych. Aktualne potrzeby stwarzają doraźną konieczność ich ustawowego, natychmiastowego uregulowania.

Do takich dziedzin należy również kwestja zwalczania chorób wenerycznych. Departament Zdrowia, przygotowując projekt odnośnej ustawy, dał wyraz tej potrzebie.

Jak każde dzieło, przygotowywane pośpiesznie nie znać w przepisach projektu śladu gruntownej i przemyślanej roboty.

Cóż to są choroby weneryczne. Jest to taka sama klęska społeczna jak bandytyzm, lub komunizm. Walkę z temi klęskami prowadzą odpowiednie organa państwowe. Czy skuteczną? Nie, bo nie sięga się do źródeł powyższych klęsk. Usuwa się tylko ich zbyt ostre przejawy.

Walka z klęskami społecznemi może być tylko skuteczną jeżeli z gruntu zostaną zmienione warunki bytowania w Polsce, warunki egzystencji 30 miljonowej rzeszy obywateli, które są nad wyraz nędzne i prowadzą wprost do opłakanych skutków.

Chcąc zapobiec chorobom wenerycznym należy przedewszystkiem poprawić warunki mieszkaniowe w miastach.

Co pomoże najlepsza ustawa o zwalczaniu chorób wenerycznych, jeżeli w jednej izbie robotniczej zamieszkuje kilkanaście osób: dorosłych i dzieci. Dzieci, będące świadkami życia płciowego dorosłych, a więc przedwcześnie uświadomione, pozbawione opieki i kierunku wychowawczego.

Zajrzyjmy do warsztatów rzemieślniczych i fabrycznych. Obowiązuje pono u nas ustawa, zabraniająca zatrudniać młodocianych do lat 15. Tymczasem roją się warsztaty od młodocianych robotników w wieku lat 12 do 15. Młode organizmy wchłaniają w siebie zabójcze miazmaty, niezbyt rozwinięty organizm nie zdążył się jeszcze ukształtować, gdy zmuszony został do przerywającego ten rozwój jednostronnego wysiłku.

Spójrzmy na ulice miast naszych. Armja młodzieży, synów i córek robotniczych spędza swój okres dzieciństwa pod troskliwem okiem wychowawczem ulicy, która dba o to, by z materjału tego wyrósł bandyta i prostytutka.

I dlatego mizernemi wydają się nam środki natury policyjnej w postaci przepisów ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych. Środkami do zniweczenia tego rodzaju klęsk społecznych, do podniesienia poziomu kulturalnego społeczeństwa, do wzniesienia Polski na stanowisko mocarstwowe mogą być:

zapewnienie względnego dobrobytu klasie robotniczej Polski,
rozwój ruchu budowlanego miast,
rozbudowa sieci szkół powszechnych,
zniesienie klęski bezrobocia.
propaganda higjeny.

Jak najprędzej zaś zejść musimy z drogi papierowego regulowania klęsk społecznych w formie zakazów lub nakazów, ochranianych karami policyjnemi.

Usunąć musimy przedewszystkiem warunki, na tle których owe klęski społeczne wyrosły. abc.

DZIECKO A SYFILIS

podał

Dr. MAURYCY REGELMAN.

Odczyt wygłoszony w sekcji zapobiegania i lecznictwa T-wa Eugenicznego.

Częściej jednak zniszczenie chrząstek występuje później u dzieci starszych. Podobne owrzodzenia wystąpić mogą na podniebieniu twardem i miękkiem i na błonie śluzowej krtani.

Syfilis wrodzony atakuje często stawy, częściej jednak kości. W kościach długich kończyn spostrzegamy przy nasadach zgrubienia lub typowe

guzy syfilityczne, które następnie rozpadają się, niszczą kość, ale równocześnie działają drażniąco na tkankę kostną, powodując jej zgrubienie.

Łatwo może nastąpić oddzielenie się nasady od trzonu (złamanie). Uszkodzenie nasady kości szczególnie uwydatnia się w obwodowej części kości ramieniowej, powodując jej nieruchomość czyli rzekomy paraliż-bezwład Parot'a. Ruchy są bardzo bolesne i pobudzają dzieci do krzyku i płaczu. Kość goleniowa posiada dość charakterystyczne zmiany, powstaje t.zw. „piszczel w postaci szabli".

E) Średni i starszy okres dzieciństwa. W średnim i starszym okresie dzieciństwa syfilis objawia się czynnie rzadziej, niż w pierwszym okresie dzieciństwa. Na 1-szy plan wysuwają się zmiany odżywcze, powodując zaburzenia w rozwoju — zniekształcenie czaszki, nosa, kończyn, zniekształcenie zębów, zanik jąder i t. d.

Przyczyny tych zaburzeń odżywczych doszukiwać się należy w zmianach gruczołów o wydzielinie wewnętrznej, które są zaatakowane syfilisem. Skutki zaburzeń w tych gruczołach są cięższe u dzieci, niż u starszych, rozwój bowiem organizmu dziecka zależy od tych gruczołów (wzrost olbrzymi dziecinny wygląd, odtłuszczenie i t. d.). Dzieci z syfilisem wrodzonym pozostają w swym fizycznym rozwoju znacznie w tyle poza rówieśnikami tak, że wyglądają o wiele młodziej, niż są w rzeczywistości. Zewnętrzne cechy ich dojrzałości płciowej, a więc uwłosienie, piersi, zewnętrzne narządy płciowe i t. d. rozwijają się słabo.

W późnych okresach syfilisu wrodzonego spostrzegamy u dzieci starszych zmiany w jamie ustnej, głównie na podniebieniu twardem i miękiem, a także na tylnej ścianie gardzieli. Powodują one zniszczenie i przedziurawienie podniebienia, chrząstek i kostek nosowych.

Na zębach dostrzegamy cały szereg zmian: 1) zęby Hutchinsona w postaci półksiężycowego zakończenia wolnego brzegu siekaczy, 2) zęby w postaci klucza francuskiego, 3) sęczek Carabellego — guzek na wewnętrznej powierzchni górnych zębów trzonowych oraz, 4) cały szereg nieprawidłowości kształtów zęba i wzajemnego ich ułożenia.

Obok zmian w zębach w syfilisie wrodzonym dość często występuje schorzenie oka lub ucha. Na uwagę zasługuje zapalenie miąższowe rogówki. Sprawa zjawia się najczęściej w okresie dojrzewania płciowego. Co się tyczy cierpień ucha, to bardzo poważne jest schorzenie błędnika. Następstwem tego bywa powoli postępujące osłabienie słuchu, a wreszcie zupełna głuchota.

Głuchota piorunująca pociąga u dzieci ze strony psychiki skutki pozostające w związku z momentem wystąpienia jej. Jeżeli głuchota jest wrodzona dziecko nie mówi, gdyż nigdy nie słyszało mówiących. Jeżeli zaś rozpoczęło mówić i staje się głuchem, mowa jest bezdźwięczna.

Głuchota jest w 50,4% wrodzona, a 48,6%—nabyta. Igersheimer stwier-

dza wpływ syfilisu na powstawanie ślepoty: wśród 187 pensjonarzy w zakładach dla ociemniałych 17,2% przechodziło syfilis, a w 13,4% był on bezpośrednią przyczyną ślepoty.

Co się tyczy narządów wewnętrznych, to ogólnie powiedzieć można, iż występują w nich procesy, które doprowadzają do zmiany właściwej tkanki na tkankę łączną, bliznowatą, która nie jest w stanie wypełniać czynności danego narządu, lub wytwarzają się kilaki — charakterystyczne guzy dla trzeciorzędowego syfilisu nabytego. Guzy te rozpadają się, niszczą tkanki i w następstwie tworzą się blizny.

W płucach występują zmiany bardzo charakterystyczne: płuca są bezpowietrzne i zamiast właściwej tkanki płucnej, posiadają tkankę łączną. Zrozumiałe więc jest uduszenie piorunujące, o którem wyżej wspomniałem.

W sercu również następuje silny rozrost tkanki łącznej, wskutek czego powstaje zwężenie ujścia lewego żylnego (wada serca). Schorzenia naczyń krwionośnych należą do zjawisk dosyć pospolitych. Naczynia drobne są kruche i łatwo ulegają pęknięciu. Powstają wobec tego wylewy krwi w skórze (siniaki), w błonach surowiczych i oponach mózgowych.

O środkowy układ nerwowy podlega zmianom syfilitycznym, przytem zazwyczaj dotykają one zarówno mózgu, jak i rdzenia. Spotykamy się ze sprawą analogiczną do porażenia postępującego u dorosłych— „porażenie młodzieńcze", prowadzące do obłędu. U osobników z wrodzonym syfilisem zaburzenia umysłowe powstają również, dzięki zmianom w naczyniach krwionośnych i w wielu przypadkach uwydatniają się więcej, niż w przebiegu syfilisu u starszych, a mianowicie w połowicznym bezwładzie dziecięcym.

Zakażenie dziecka jadem syfilitycznym powoduje zaburzenia układu nerwowego, które mogą doprowadzić do zupełnego niedorozwoju umysłowego i idjotyzmu. Chociaż idjotyzm nie musi zawsze pojawić się, jako następstwa syfilisu wrodzonego, to jednak dzieci ludzi syfilitycznych i dotkniętych syfilisem wrodzonym wybitnie różnią się od swych rówieśników pod względem umysłowym i duchowym.

Dzieci takie uczą się źle, mają złą pamięć, są głupkowate, tępe. Czasami zaobserwować można przejawy osobliwe: wybuchy gwałtownego gniewu, płaczu, zmienność w usposobieniu, ataki jakby szału oraz dziwaczne pomysły. Zdarza się też, że dotychczas dziecko dobre, pilne, uważne zaczyna być leniwe, złośliwe, nie jest w stanie skupić uwagi, uczy się z trudem, a to co umiało, szybko zapomina. Od czasu do czasu skarży się na zawrót głowy, szum w uszach oraz zaburzenia słuchu i wzroku.

Należy tu wspomnieć, że znane są często występujące konwulsje i, jeżeli w pewnych przypadkach te zaburzenia podlegają wpływom leczenia to jednak pozostają pewne niedokładności i napady padaczkowe.

Statystyka.

Na 100 dzieci pozostałych przy życiu w rodzinach paralityków w następstwie syfilisu 45% było słabo rozwiniętych duchowo i umysłowo, 12% miało silne bóle głowy. W 32% były kurcze przy ząbkowaniu,
w 6% bezwiedne oddanie moczu,
w 5% napady padaczkowe,
w 5% wodomózgowie.

Podług Cassela za 924 idjotów 172, czyli 18,5% posiadało dodatni odczyn Wassermana, czyli było chorych na syfilis. W 33,8% ogółu idjotów wykryto jako przyczynę syfilis wrodzony. Według wielu autorów syfilis wrodzony odgrywa znaczną rolę, jako przyczyna powstania gruźlicy Fournier jest zdania, iż syfilis przedstawia podłoże dla rozwoju zołzów (skrofulozy). Mercier i Rochette obserwowali częstsze występowanie gruźlicy u syfilityków wrodzonych, niż u wolnych od zakażenia. Na kongresie międzynarodowym w roku 1900 Gollopeau wypowiedział się, iż syfilis wytwarza teren pomyślny dla rozwoju innego zakażenia. Niektórzy badacze są zdania, iż przedwczesna krzywica (angielska choroba) jest również w związku z syfilisem wrodzonym. Dzieci takie mają pałąkowato wygięte nogi, bardzo wydatne brzuchy, są zazwyczaj słabowite i bardzo późno zaczynają ząbkować i chodzić.

Przebieg wrodzonego syfilisu jest często niepomyślny. W rodzinach syfilitycznych śmiertelność jest większa. Po specjalnej kuracji dzieci poprawiają się, objawy zewnętrzne znikają, lecz pozostaje mniejsza wartościowość wszystkich narządów, mniejsza ich wydolność. Dziecko jest skłonne do zakażeń i mało odporne. Błaha influenza lub błonica jamy noso-gardzielowej (przeoczona wskutek i tak ciągłego kataru nosa) sprowadza w szybkim tempie śmierć.

Widzimy więc, że syfilis wrodzony jest straszną klęską, stwarza jednostki społeczne, stanowiące ciężar dla całego społeczeństwa. Niedorozwój umysłowy, bezwład mięśniowy, głuchota, ślepota, napady padaczkowe, cały szereg kalectw i t. d. oto skromne skutki syfilisu wrodzonego.

Zapobieganie.

Obowiązkiem lekarzy jest podawać do wiadomości ogółu skutki chorób wenerycznych, uświadamiać jaknajszersze masy, wychowywać społeczeństwo w tym kierunku.

Jeżeli chory będzie pod obserwacją lekarza 4 lata od dnia zakażenia, to może uniknąć wszystkich tych okropnych następstw dla potomstwa i przyszłej żony. Jeżeli zaś przez swą lekkomyślność lub przez nieuświadomienie wstąpił w związek małżeński, nie lecząc się należycie, powinien pamiętać o żonie i przyszłem potomstwie. Należy wtedy leczyć żonę, chociażby widocz-

nych objawów nie posiadała. Również pozornie zdrowe dzieci od rodziców syfilityków powinny być pod obserwacją lekarza domowego.

Podczas ciąży nawet zdrowa żona syfilityka powinna przejść kurację.

Syfilis nabyty.

Co się tyczy nabytego syfilisu bardzo często zdarza się, że jeden z małżonków przynosi chorobę do domu i w drodze pozapłciowej zakaża najbliższe otoczenie, przedewszystkiem zaś dzieci.

Gdyby były przedsięwzięte wszystkie środki ostrożności (nieużywanie tej samej szklanki, widelców, szczoteczki do zębów, ręcznika, unikanie pocałunków i t. d.) możnaby wówczas zarażeniu zapobiedz.

Częste jest również zakażenie przez niańki i mamki przy karmieniu (pęknięcie sutki, krętek w mleku) przez całus, przy dotykaniu językiem (obrzezanie u żydów) lub u starszych dzieci przy stosunku płciowym. Obowiązkiem każdej matki powinno być poddanie dokładnemu badaniu lekarskiemu mamki lub niańki dziecka. Z drugiej zaś strony oseski obarczone syfilisem mogą zarażać swoje karmicielki. Według statystyki Bulkley'a 13⁰/₀ wrzodów przymiotowych na piersi i sutce. W stosunku do dorastających dzieci powinni rodzice, a szczególnie matka pamiętać o grożącem im ze strony chorób wenerycznych niebezpieczeństwie i w odpowiedniej chwili przestrzedz je przed temi fatalnemi skutkami choroby.

Umiejętne wychowanie i uświadomienie młodzieży jest najlepszą gwarancją uniknięcia tej klęski społecznej, najlepszym środkiem zapobiegawczym. Objawy nabytego syfilisu są te same co i u starszych. Wydaje się jednak, że cierpienie rozwija się szybciej.

Społeczeństwa zorganizowane, uważając przymiot za chorobę zwyradniającą, starają się zapomocą prawodawstwa specjalnie dotyczącego małżeństw, zabezpieczyć się od groźnych następstw, jakie powoduje syfilis u potomstwa chorych rodziców i wprowadzają obowiązkowe oględziny lekarskie przedślubne.

Projekt ustawy polskiej w r. 1919 jeszcze nie został uchwalony i potwierdzony przez Sejm.

Do roku 1907 istniały tylko dwa zakłady dla dzieci syfilitycznych w Sztokholmie i Kopenhadze, dzięki inicjatywie prof. Edwarda Welandera. Leczenie zaczyna się od matek już w okresie wewnątrzmacicznego życia płodu. Jeśli dziecko rodzi się żywe i w pierwszych dniach zdradza objawy syfilisu to leczy się najpierw z matką w szpitalu. Jeśli zaś wygląda zdrowo, to za zgodą matki oddają je do przytułku, gdzie pozostaje tak długo, aż przestaje być jawnym lub ukrytym rozsadnikiem zarazy, poczem zwracają je matce.

Pożądanem byłoby, by Generalna Dyrekcja Zdrowia utworzyła na wzór Welanderowskiego Instytutu, specjalną przychodnię dla matek i dzieci syfilitycznych.

Nowootworzona przychodnia przeciwsyfilityczna powinna przeprowadzać systematyczne badanie dzieci syf., zapobiegać w miarę możności powikłaniom, które głównie bywają przyczyną śmiertelności u dzieci syf.

W przychodni takiej należy również śledzić dalszy rozwój fizyczny i umysłowy dzieci syfilitycznych.

Nie ulega wątpliwości jednak, że najważniejszym czynnikiem w zwalczaniu chorób wenerycznych i ich fatalnych skutków jest uświadomienie najszerszych mas o ogromie niebezpieczeństwa dla przyszłych pokoleń.

DR. MED. KAZ. SZOKALSKI.

Djagnostyka chorób wewnętrznych.

BÓLE w BRZUCHU.

(d. c.)

Percepcja pęcherzyka wystającego i bolesnego przy palpacji skieruje naturalnie rozpoznanie ku cholecystitis, lecz następujący rękoczyn wydaje się bardzo praktycznym przy różniczkowaniu procesu pęcherzykowego i dwunastnicowego: obserwator siedzi po lewej stronie łóżka chorego, chwyta lewą ręką bok prawy chorego, układając palec duży pod wątrobę poniżej pęcherzyka, który unieruchamia, odciągając go ku górze; w ten sposób uświadamia się łatwo o jego większej lub mniejszej wrażliwości; tymczasem ręką prawą dysponuje z całą swobodą dla zbadania okolicy podwątrobowej, bolesności punktu dwunastnicowego.

Próba Meltzer-Lyona, polegająca na wprowadzeniu przez zgłębnik Einhorna do dwunastnicy 30 $cm.^3$ ciepłego rozczynu, 30% siarczanu magnezji lub 2% rozczynu kwasu solnego, pozwala otrzymać trzy rodzaje żółci: żółć jasno-żółtą z przewodu żółciowego wspólnego, brunatno-żółtą z pęchęrzyka żółciowego i jasno-żółtą z wątroby.

W stanie normalnym płyn dwunastnicowy nie zawiera składników komórkowych lub tylko duże komórki śródbłonka brukowatego i bardzo mało leukocytów.

W angiocholitach i angiocholecystytach znajduje się pokaźna liczba znacznie zmienionych leukocytów i złuszczonych śródbłonków.

W razie krwawienia znajdują się krwinki często bardzo zmienione.

W przypadku nowotworu dwunastnicy lub dróg żółciowych czasem lecz bardzo rzadko znajdują się komórki anormalne. Eliminacja bakteryjna przez drogi żółciowe dotyczy w durze brzusznym lasecznika Eberta, czasem w gruźlicy płuc — lasecznika Kocha, w angiocholitach — beztlenowców, bardzo licznych prątków okrężnicy i paciorkowców.

Bóle nagłe aorty brzusznej niekiedy mają cechy różnorodnych napadów paroksyzmalnych mogących powstawać na poziomie jednego z organów brzusznych, a więc żołądka, wątroby, nerek, kiszek (enteralgja, kolka wątrcbowa lub nerkowa). Tłomaczy się to związkiem, jaki zachodzi pomiędzy splotem nerwowym przyaortalnym i organami sąsiedniemi; podrażnienie części tego splotu może wywołać spazm odruchowy i skurcz bolesny gładkich włókien organów brzusznych. Spazmy bolesne łączą się często z odruchami sekrecyjnemi, a więc hypersekrecją żołądkową, z wymiotami, napadem ślinotoku, biegunką.

Elementem prowokacyjnym w enterocolitis, w colitis mucomembranacea stosunkowo często może być aortitis abdominalis. Napady bólowe i nadewszystko długotrwałe

mogą mieć za podłoże proces zapalny w ściankach naczyń krwionośnych i łączą się z wymiotami oraz napadami nadkwaśności.

Czasem entero-colitis miewa cechy procesu krwotocznego.

Bóle aortalne tem różnią się od bólów przy cholecystitis, że mają maximum natężenia na poziomie biegu naczyń.

Przy aortitis wystarczy ująć naczynie w dwa palce, by wywołać krzyk znamienny chorego i żywy ruch obronny.

Ból ten sprowokowany lub samoistny może promieniować wzdłuż obydwu tętnic biodrowych, też bardzo wrażliwych na ucisk. Chorzy tego typu skarżą się na bardzo silnie wyrażone bóle w krzyżu i niemożność dłuższego chodzenia lub stania. Jeżeli słyszymy szmer systoliczny przy uciskaniu tętnicy głównej, niema to znaczenia patologicznego; szmer bez uciskania może być przy aortitis, tętniaku lub pochodzenia nieorganicznego. Szmer podwójny słyszalny przy ucisku tętnicy głównej brzusznej bywa przy niedomykalności aorty, bez ucisku — przy tętniaku.

Potain w aortitis znajduje trzy cechy: przesuwalność, zakrzywienie i rozszerzenie aorty.

Objaw stopowy Teissier'a, polegający na większem ciśnieniu krwi w tętnicy stopowej niż w promieniowej lub ramiennej, znamionuje aortitis; w tętniaku aorty brzusznej puls stopowy występuje później niż promieniowy.

Arteriosclerosis abdominalis można podług Cheinisse,a podzielić na arteriosclerosis ventriculi i arteriosclerosis intestinalis. W organach tych wskutek miażdżycy naczyń i związanej z nią redukcji procesu utleniania występuje przedewszystkiem stan wzmożonej pobudliwości (paroksyzmy bólowe, wzmożona sekrecja), następnie objawy paralityczne, meteoryzm i zmniejszona sekrecja.

Na tle angor abdominis bywają gwałtowne bóle okołopępkowe napadowe, promieniujące czasem do boków, do grzbietu lub rzadziej do terytorjów zwykle bolesnych przy dusznicy sercowej; bólowi temu towarzyszy wzdęcie brzucha i uczucie ucisku, czasem lęku; postać ta może być brana nieraz za kolkę wątrobową, przedziurawienie wrzodu dwunastnicowego, pancreatitis acuta, necrosis intestinalis, coloptosis, napad wiądowy.

Przy bólach jamy brzusznej objawy niewydolności sercowej, duża wątroba bolesna, bruit de galop, pulsacja aorty brzusznej (często spotykana normalnie przy zwiotczeniu powłok brzusznych u kobiet wychudzonych wraz z ptozą grubej kiszki lub na podłożu neuropatycznym) mogą kierować rozpoznanie w stronę zaburzeń sercowych lub naczyniowych.

Tętniak aorty brzusznej, nim zakończy się perforacją śmiertelną, może objawiać się tylko jako ból nocny w okolicy nadpępkowej.

Procesom aorty brzusznej mogą towarzyszyć oprócz bólów nocnych bóle współrzędne z przyjmowaniem pokarmów.

Przy opuszczeniu wątroby lub jej obrzmieniu na tle zastoju krwi lub żółci, przewlekłych spraw zapalnych etc., chorzy doznają w podżebrzu prawem uczucia pełności, ciężkości, bólu tępego. Silniejszy, a stały ból w podżebrzu prawem podobny do wiercenia lub bólu zębów, bywa w przypadkach raka wątroby.

Stały, bardzo gwałtowny ból w podżebrzu prawem bywa przy ostrem obrzmieniu wątroby, tworzenia się ropnia, zapaleniu surowiczem otoczki wątroby, najczęściej zaś przy zapaleniu pęcherzyka żółciowego, skutkiem obecności w nim kamieni żółciowych.

Stałe bóle w lewej połowie brzucha, wzmagające się podczas chodzenia, a zmniejszające się lub znikające podczas leżenia, bywają nieraz skutkiem zrostów, często napotykanych w tej części brzucha.

Neuralgja brzuszna nerwu współczulnego (coelialgia) daje objawy bólowe bardzo różnorodne, połączone z biegunką lub występujące samoistnie bez biegunki. Badanie

odkrywa wiele punktów bolesnych: nadbrzuszny okołopępkowy prawy i lewy, kreskowy górny i dolny, podżebrowy prawy i lewy, czasem nawet punkty Mac Burney'a i Lanza, na szyi—obydwa punkty szyjowe, prawy i lewy. Nerwica ta, spotyka się w postaci odosobionej lub w związku z ptozą organów brzusznych.

U sympatykotoników obserwować można pulsację w nadpępczu, suchość jamy ustnej, wrażliwość nadmierną brzucha, brak sekrecji, podkwaśność, opóźnioną ewakuację; obraz roentgenologiczny wykazuje sylwetkę żołądka wydłużoną i opuszczoną, ewakuację opóźnioną. Chory ma kolory na twarzy, skórę ciepłą i suchą, suche gałki oczne, mydriasis, częstopuls, sekrecję nosowo-gardzielową zmniejszoną, przyśpieszony odruch oczno-sercowy, dermografizm, orthostatyzm i klinostatyzm.

U wagotoników obserwujemy hypersekrecję, nadkwasność, ewakuację przyśpieszoną. Badanie roentgenologiczne wykazuje obraz żołądka hypertonicznego, w formie rogu wołu z ewakuacją przyśpieszoną wskutek rozluźnienia zwieracza odźwiernikowego.

Wagotonik ma sinicę kończyn, zmniejszony metabolizm zasadowy, napady potów, silną pulsację i arytmję, odruch oczno-sercowy ze zwolnieniem znaczniejszem od normalnego (powyżej 10 na minutę), orthostatyzm i klinostatyzm.

Pierwotne gastralgje nerwowe należą do rzadkości. Wtórne gastralgje przy zupełnym braku zmian anatomicznych występują najczęściej na tle zaburzeń sekrecji wewnętrznej (menses, neurozy seksualne u mężczyzn) u osobników nerwowych. Macica, jajowody, jajniki, procesy chorobowe pęcherza moczowego, kiszek (wyrostek robaczkowy), wątroby, śledziony, nerek i nadnerczy, gruczołów jamy brzusznej, pasorzyty kiszkowe (tasiemiec, tęgoryjec, dżdżownica) mogą powodować gastralgje odruchowe.

Bóle żołądkowe bywają też w chorobach centralnego systemu nerwowego (wiąd rdzenia, sclerose en plaques, radiculitis), w intoksykacjach (zatrucie nikotyną, ołowiem), w infekcjach (zimnica). Stałe, lecz słabe tępe bóle mające charakter gniecenia, nasilające się po przyjęciu pokarmów mogą być zależne od istnienia spraw nieżytowo-zapalnych lub owrzodzenia żołądka.

Nieraz chorzy skarżą się na zjawiające się dość często, zwłaszcza po jedzeniu, uczucie pełności lub rozpierania w przypadkach przewlekłego nieżytu i zwiotczenia mięśniówki żołądka.

Rzadziej zjawiają się dość łagodne i krótkotrwałe napady bólów, które chorzy określają słowami „jakby się coś przekręciło“ lub „jakby się coś zagniotło“; bólom tym towarzyszą nudności i zwracanie wodnistego płynu; trójobjaw ten upoważnia nas do rozpoznania zanikowego nieżytu żołądka.

W innych razach występują bóle napadowe tylko po jedzeniu; zwłaszcza grubszych pokarmów, pod postacią kurczów, silnego gniecenia, przeszywania, krajania, rzadziej rozpierania; bóle te promieniują do grzbietu, okolicy międzyłopatkowej lub poniżej lewej łopatki z występującemi czasem wymiotami przelotnemi; wspomniany zespół objawów odpowiada przewlekłemu nieżytowi lub owrzodzeniu żołądka zależnie od większego lub mniejszego natężenia objawu.

Napady bólów okolicy nadbrzusznej zjawiające się dopiero w kilka godzin po jedzeniu, mające charakter ssania, gryzienia, pieczenia lub silnych kurczów, a uśmierzające się od przyjęcia pokarmów, zwłaszcza białkowych lekkich lub napoju, np. rozczynu sody, przemawiają za istnieniem nadmiernej kwasności (od H Cl) miazgi pokarmowej.

Podobny do powyższego objaw bólowy występuje też napadowo u niektórych chorych w nocy lub zrana naczczo w przypadkach sokotoku żołądkowego (współobjaw Rajchmana). Ból ten natychmiast ustępuje po wypiciu przez chorego rozczynu dwuwęglanu sodu, czem różni się od kolki wątrobowej, przedstawiającej nieraz podobny obraz chorobowy. (d. c. n.).

Kartka z dziejów antyseptyki u nas.

Skreślił
ANDRZEJ CIECHOMSKI,
ordynator oddziału chirurgicznego w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

W celu ujednostajnienia faktów z epoki, w której zaczęto stosować antyseptykę u nas, postanowiłem skreślić poniższe wspomnienia z pierwszych lat mojej pracy chirurgicznej. Może wspomnienia te przydadzą się kiedyś temu, kto będzie pisał historję chirurgji polskiej, a to tem bardziej, że materjały posiadane przez nas częstokroć nie zgadzają się z poglądami, wypowiadanemi niekiedy czyto w jubileuszowych hymnach pochwalnych, czy we wspomnieniach pośmiertnych.

Niejednokrotnie w rozmowach z kolegami młodszymi przekonałem się, że jakkolwiek wiedzą oni, że dawniej w oddziałach chirurgicznych było inaczej niż obecnie, wszakże o rozmiarach tego zła, o jego ogromie w porównaniu ze stanem dzisiejszym nie mają zupełnie pojęcia. Niechaj młodsze pokolenie lekarzy, przywykłe do dzisiejszych świetnych wyników chirurgji, rzuci okiem wstecz i dowie się, co to działo się w epoce przedantyseptycznej, a nawet w zaraniu właściwej epoki antyseptycznej. Czyjaż dusza nie wzdrygnie się na wspomnienie tych męczarni, jakim podlegali operowani wskutek różnych mniej lub więcej ciężkich powikłań. Skoro ci wszyscy, którzy odkryciami i pracami swojemi oszczędzili ludzkości tylu cierpień, tem słusznie zasłużyli sobie na miano nieśmiertelnych, to niemniej powinna nam być droga pamięć tych naszych przodowników i ich współpracowników, którzy prawdy u źródła zaczerpnięte przeszczepiali na nasz grunt.

Jak wyglądał szpital u schyłku XVII stulecia? W nader ciemnych barwach kreśli stan jego Fischer, opisując Hôtel Dieu w Paryżu lub Charité w Berlinie. Na 4800 chorych było zaledwie 2000 łóżek, wobec tego większość leżała na podłodze a w najlepszym razie w skupieniu po 6 niekiedy osób w jednem łóżku. W oddziale chirurgicznym było zgromadzonych 2000—3000 chorych w jednej sali, nigdy nie przewietrzanej, lecz wykadzanej i mocno ogrzanej; przez salę tę była jedyna droga do kuchni i piwnicy. Ponad izbą dla zmarłych była sala operacyjna, tak dalece ciemna, że nawet w ciągu dnia należało wykonywać operacje przy świecach; bielizny chorym gorączkującym nie zmieniano, chorych pojono gorącemi pobudzającemi płynami. Dopełnieniem tego było napychanie rany szarpiami oraz bezlitosne grzebanie w ranie zgłębnikiem przy każdym opatrunku zgoła bez żadnej potrzeby.

Domaganie się Pringle'a, aby chorym dostarczano czystego, świeżego powietrza, urzeczywistnił Gregory w Edymburgu i Fordyce w Londynie. Dużym krokiem naprzód było również żądanie Bilguera i Siebolda, aby z ranami ochodzić się łagodnie.

W tym czasie poważną odegrało rolę wprowadzenie do leczenia wody, polecone przez Kerna w pracy, ogłoszonej w Wiedniu 1809 r. Leczenie to, przestudjowane przez znakomitego tego chirurga w armji Napoleona, polegało na okładaniu rany kawałkami płótna, zmoczonemi w letniej wodzie. Postępowanie powyższe zyskało w Anglji gorliwego wyznawcę w osobie Listona, który osłaniał wilgotne płótno cienką ceratką; z biegiem czasu dało to początek wielce pożytecznym kąpielom miejscowym, które do dnia dzisiejszego zachowały swą wartość.

W owe czasy przerażające wyniki pooperacyjne, wielka śmiertelność panująca wszechwładnie w oddziałach chirurgicznych, ustawicznie zmuszały lekarzy do wyszukiwania przyczyn owych powikłań i były bodźcem do nieubłaganej z niemi walki.

Skoro w końcu XVIII stulecia cały szereg środków przeciwgnilcowych stosowanych wtedy wykazał wątpliwą swą wartość, zwrócono się w kierunku unieszkodliwienia powietrza, tamując mu dostęp do rany zapomocą t. zw. occlusion pneumatique i aspiration continue Jul. Guérina, która polegała na wypompowywaniu powietrza z kauczukowej pochwy, obejmującej np. amputowaną kończynę, lub na wykonywaniu ucisku kończyny zapomocą poduszki gumowej, napełnionej wodą lub powietrzem. A. Guérin stosował opatrunek z wielu warstwami waty, przez które mogłoby filtrować się do rany powietrze. Opatrunek taki zalecał A. Guérin pozostawiać na ranie bez zmiany przez 3 tygodnie, a ujemną jego stroną było wyłączenie gojenia się rany doraźnego, albowiem wnętrze rany było wypełnione całkowicie wacikami, zmoczonemi w wodzie z dodatkiem spirytusu kamforowego.

Pirogow podczas wojny krymskiej zwrócił uwagę na to, że te zgubne i beznadziejne powikłania ran nie omijają prawie żadnego chorego w większych skupieniach rannych np. w lazaretach lub szpitalach t. j. tam gdzie, robiono największe wysiłki w celu zabezpieczenia chorych, tymczasem powikłania przyranne widywano względnie rzadko w brudnych, niechlujnych chatach wiejskich na Podolu przy najokropniejszym zaduchu. Szczegół ten już wówczas naprowadzał na myśl, że właśnie w szpitalach powstaje zarazek wielce złośliwy, który szybko przenosi się z chorego na chorego. Zadawano sobie również pytanie, dlaczego np. złamanie kończyny niepowikłane goi się samoistnie bez żadnego odczynu, tymczasem w złamaniu otwartem już po kilku dniach wydzielina surowiczo-krwawa ulega rozkładowi.

W tych czasach wiekopomne prace Pasteura o gniciu naprowadziły młodego, dzielnego chirurga angielskiego Józefa Listera, który właśnie

przed 100 laty ujrzał światło dzienne na prawdopodobieństwo zależności powikłań przyrannych właśnie od owych pasorzytów, im przeto wypowiedział nieubłaganą walkę, zwłaszcza, gdy sam jako kierownik kliniki chirurgicznej w Glasgow w r. 1860 doświadczył na swych chorych owych strasznych powikłań. Do walki tej wybrał kwas karbolowy, a początkowe wielce zachęcające wyniki swe ogłosił na posiedzeniu chirurgicznem w r. 1867.

Lister nie uważał swej metody za skończoną, niezachwianą całość, pomimo ustawicznego jej dopełniania rozumiał dobrze, że ścisłe jej wykonanie dużo pozostawia do życzenia. Wymagał on między innemi, aby przed operacją czystą np. przed odjęciem sutka zarówno operujący jak jego asystenci oraz goście przez kilka dni nie chodzili na salę sekcyjną, aby wykąpali się przed operacją i ubierali się, o ile byłoby to możliwe, w kaftany kauczukowe, a rękawy mieli zawinięte powyżej łokcia. Dalej chora powinna po wykąpaniu się mieć zgolone włosy pod pachą, skóra w okolicy przyszłej rany powinna być wymyta mydłem i rozczynem karbolu, a u osób brudnych nawet szczotką i eterem. Rozpylaczów (spray) powinno być przygotowane kilka, jeżeli wskutek zanieczyszczenia przestaną działać wszystkie, należy czemprędzej pokryć ranę wilgotną gazą. Do tamponowania rany używał on gąbek, które najprzód wytrzepano i wymyto w czystej wodzie, zatopiono chwilowo w 5% rozczynie karbolu, poczem pozostawiono na stałe w 1 — 2% karbolu, podczas użycia zaś opłukiwano w takim samym rozczynie. Drenowanie uważał on zawsze za niezbędne, przepłókiwanie rany karbolem uważał za słuszne wówczas, gdy wydzielina rany uległa już rozkładowi, jest ono zbyteczne w razie przebiegu prawidłowego.

Zmiana opatrunku zwłaszcza w ciągu pierwszych dni powinna być wykonywana nader szybko i oględnie nawet przy zastosowaniu rozpylacza a to w celu uniknięcia zakażenia.

Z biegiem czasu przekonano się wkrótce, że nie każdy oddział czy też szpital może pozwolić sobie na stosowanie metody Listera, tak dalece jest ona droga, zaczęto więc krytycznie roztrząsać samą metodę i rozważać ujemne jej strony. Przedewszystkiem zwrócono uwagę na to, że sam kwas karbolowy, owa podwalina metody, jest środkiem niebezpiecznym przy dłuższem stosowaniu, wywołuje zatrucie ogólne ustroju, drażni mocno skórę i powierzchnię ziarninową, wreszcie niekiedy pociąga za sobą obumieranie np. palców przy zastosowaniu zbyt stężonego roztworu, nadewszystko zaś obok tylu stron ujemnych nie zapobiega w zupełności zakażeniu rany. Szkodliwie również działa na skórę rąk chirurga, wysusza ją w przykry sposób i osłabia w niej czucie.

Na pierwszy rzut oka zdawałoby się, że przeprowadzenie ścisłych a nader prostych zarazem przepisów Listera jest łatwe do osiągnięcia, tymczasem pomimo stosowania najsurowszej antyseptyki jak grom z ja-

snego nieba spadały częstokroć wielkie niepowodzenia na tę lub ową klinikę. Tak np. przypadki bardzo ostrej posocznicy w klinice Billrotha dały pochop Frischowi do zbadania gąbek i jedwabiu, używanego w pominionej klinice, i doprowadziły go do odkrycia pasorzytów nawet w gąbkach moczonych w 5% rozczynie, wyjałowienie zaś jedwabiu osiągnął dopiero zapomocą gotowania w 5% rozczynie kwasu karbolowego w ciągu trzech godzin.

Likwidacja Zgromadzenia Felczerów w Warszawie.

Dnia 14 grudnia 1927 roku przy ul. Krakowskie Przedmieście Nr. 12 pod przewodnictwem Starszego Zgromadzenia Felczerów p. St. Mrozowskiego odbyło się zebranie likwidacyjne tegoż Zgromadzenia celem połączenia się z Centralnym Związkiem Rzeczypospolitej Polskiej.

Przykryty czerwonym suknem długi stół, na którym rzędem obok siebie leżały czyste arkusze papieru do pisania, przy nich — ołówki i pióra. Pośrodku stołu — krucyfiks z roku 1774-go z napisem: Antoni Zbrodowski, starszy cechu chirurgów, Salomon Degius vice-senjor i Thomas Barankiewicz skarbnik. Obok krucyfiksu — palące się dwie świece. Przy stole tym zasiedli członkowie Zgromadzenia, ludzie starsi, poważni, wiele głów siwych.... a dalej — młodsza generacja — członkowie Centralnego Związku Felczerów z prezesem kol. Wągrowskim na czele. Wszystko to obecnych na ton poważny nastrajało i siedząc przy tym stole mimowoli nasuwały się myśli, że tak było przed 335 laty, tak było przed 335 lat, gdy nasi koledzy — przodkowie bardzo nieraz ważne sprawy roztrząsali i o wielu decydowali.

Pierwsze przywileje nadane były chirurgom i cyrulikom w roku 1592-im za czasów Zygmunta III-go, zaś Ustawa dla Zgromadzeń Felczerskich w Królestwie Polskiem nadaną była 23 września 1842 roku. Pierwszym Starszym Zgromadzenia był W. Skroński, podstarszym — E. Pomorski.

W zakresie czynności felczera jak dawniej tak i dziś było głównie udzielanie chorym pomocy. Artykuły 25—26—27 i 28 Ustawy z 1842 roku posiadają następujące brzmienie:

Artykuł 25.

Każdy z członków Zgromadzenia Felczerskiego pryncypałem zwany utrzymywać winien Izbę felczerską.

Artykuł 26.

Izba felczerska jako miejsce wyłącznie przeznaczone dla przybywających chorych, żądających rychłej pomocy lub opatrzenia fel-

czerskiego powinna być urządzona w pokoju widnym, suchym i w zdrowem powietrzu położonem.

Artykuł 27.

Ponieważ przeznaczeniem izb felczerskich jest również ażeby chory nagłego ratunku potrzebujący odprowadzeni do nich lub przyniesionemi tamże ratowanemi być mogli zanim w miejscu właściwem stosownie umieszczonemi nie zostaną, dla tego izby felczerskie najwłaściwej powinny być urządzone w mieszkaniach parterowych, mających wchód, jeżeli nie wprost z ulicy, zawsze jednak wygodny i blisko bramy będący. Przy wejściu ma być urządzony dzwonek głośny, komunikujący się drutem lub sznurkiem z rączką na zewnątrz od ulicy, przy wnijściu do izby, będącą, ażeby przybywający w porze nocnej mogli dać znać o swojem przybyciu; przytem powinna być z ulicy tablica z napisem: „dzwonek do felczera". Tablica ta winna być w porze nocnej oświetlona latarnią koloru zielonego. Oprócz tego w izbie felczerskiej powinny się znajdować świece i zapałki dla wzniecenia ognia.

Artykuł 28.

W izbie felczerskiej powinny się nadto zawsze znajdować:

a) dwa przynajmniej krzesła z poręczami, oraz sofa z porządnemi materacami i węzgłowiami mającemi pokrycie czyste,

b) zawsze gotowe na każdy przypadek odpowiednie długie wełniane czyste i ciepłe przykrycia,

c) szafa z rekwizytami do użytku i wygody chorych służącemi których by pryncypał w potrzebie mógł użyczać chorym, za opłatą stale wyznaczyć się mającą, oraz z narzędziami i opaskami chirugicznemi.

Dalsze artykuły wyliczają narzędzia chirugiczne, jakie winny się znajdować w szafkach felczerskich.

Tak było u felczerów w 1842 roku. Niech mi kto powie czy znajdzie się co więcej w gabinecie przeciętnego lekarza—dzisiaj.

Stanowisko ówczesnego felczera i jego zakres pracy musiał być dość duży, skoro felczer ten utrzymywać musiał u siebie pomocników, gdyż według **Artykułu 33-go**:

Dla zapewnienia izbom felczerskim możności utrzymania dostatecznej liczby pomocników i uczniów dozwolonem jest uskuteczniać w tych izbach i po domach prywatnych golenie brody i strzyżenie włosów, czem zajmować się mogą pomocnicy i uczniowie, którzy także kolejno przez pryncypała posyłani być mogą do posług przy chorych, leczonych w domu.

Artykuł 34.

Jeden z pomocników lub uczniów podług kolei ustanowionej przez pryncypała powinien stale zostawać w izbie felczerskiej.

* * *

Postępy wiedzy w medycynie a za nią idąca aseptyka niepozwoliły felczerom na zajmowanie się goleniem i strzyżeniem, to też następne pokolenie felczerów, pracując jedynie w szpitalach i ambulatorjach, utrzymywania tak zw. razur zaniechało.

Powyżej przytoczone dane wskazują nam wyraźnie, że pierwszej pomocy leczniczej choremu udzielał ówczesny felczer, był on w całem słowa tego znaczeniu tem, czem jest dziś Pogotowie Ratunkowe w miastach.

* * *

Posiedzenie zagaił słowem wstępnem starszy zgromadzenia kol. Mrozowski, pióro sekretarskie trzymał członek C.Z.E. kol. Galuba. Oprócz kolegów — członków Zgromadzenia i Centralnego Związku Felczerów na posiedzeniu tym byli obecni: przedstawiciel Urzędu Zdrowia m. Warszawy p. dr. Taraszkiewicz, przedstawiciel koła Starszych Zgromadzeń Cechowych p. Henryk Weber i inni.

W przemówieniu swem kol. Mrozowski zaznaczył, że na podstawie dekretu p. Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 7. VI.1927 r. wyłączającego zawód felczerski z rzemiosł, posiedzenie to odbywa się poraz ostatni. W zakończeniu mówca wzywa obecnych do uchwalenia likwidacji oraz przekazania całego inwentarza i historycznych pamiątek Centralnemu Związkowi Felczerów, wreszcie poleca członków Zgromadzenia do zapisania się do Centralnego Związku.

Następnie zabiera głos członek honorowy C.Z.F. b. poseł na Sejm p. T. Szybiłło, który z zadowoleniem stwierdza uświadomienie członków Zgromadzenia przez przyłączenie się C. Z. F.

Odczytano wniosek komisji likwidacyjnej opracowane na posiedzeniach dnia 30 listopada i 6 grudnia 1927 r. Wnioski te zebrani przyjęli jednogłośnie. Po uchwaleniu likwidacji zgromadzenia przez wszystkich obecnych przewodniczący udziela głosu prezesowi C. Z. F. kol. Wągrowskiemu, który w krótkich słowach streściwszy historję zawodu felczerskiego złożył obecnemu Zarządowi Zgromadzenia serdeczne podziękowanie za pielęgnowanie tyloletniej tradycji oraz pieczołowitą opiekę nad zabytkami historycznemi.

P. poseł Szybiłło przedstawił genezę Ustawy felczerskiej z dnia 1-go lipca 1921 roku, przyczem zaznajomił zebranych z trudnościami z jakimi jako referent walczył w Sejmie broniąc kompetencji felczerów, przyczem wyraził nadzieję, że jak dawniej tak i dziś wśród felczerów dominować będzie pogląd, iż są oni sługami społeczeństwa.

Po dokonaniu fotograficznego zdjęcia i złożeniu podpisów w księgach posiedzenie likwidujące Zgromadzenie Felczerów zamknięto.

Al. Krawczyk.

Oddział Kowelski.

Koledzy! Egzystencja nasza jest zagrożoną. Obrona uprawnień naszych, nadanych Ustawą Sejmową, może być skutecznie prowadzoną jedynie przez solidarne zrzeszenie się w Oddziały C. Z. F. R. P., jakie posiadamy na terenie byłego zaboru rosyjskiego.

Pamiętajcie, że uprawnienia te, zdobyte staraniem i zabiegami C. Z. F. R. P. w Warszawie, mogą być utracone, jeżeli większość Was z braku zrozumienia swych własnych interesów, pozostanie bierną i nie okaże poparcia swej organizacji, jaką są Oddziały C. Z. F. R. P. Na tej drodze tylko mamy możność skutecznej obrony naszych praw, w przeciwnym razie praca nielicznego grona Waszych kolegów w obronie i waszej egzystencji pójdzie na marne, co się odbije w równym stopniu już i na Was.

Przeto wzywamy wszystkich Was do jaknajliczniejszego zapisywania się do Kowelskiego Oddziału C.Z.F.R.P., który od 3-ch lat jest na terenie Wołynia jedyną ruchliwą i dbającą o nasze prawa organizacją. Niech nikogo nie zabraknie w tej akcji!

Zgłoszenia na piśmie należy przesyłać pocztą (lub osobiście) pod adresem Związku Oddziału m. Kowel, ul. Kolejowa Nr. 90.

Prezes: J. Baranowski

Sekretarz: M. Niemoszkalenko.

ś. † p. Adam Śmigielski.

W dn. 23.XII.1927 r. w Częstochowie zmarł felczer ś.p. Adam Śmigielski, członek Oddziału w Częstochowie, przeżywszy lat 53. Szkołę felczerską ukończył w Tyflisie. Po ukończeniu służby wojskowej osiedlił się na stałe w Tyflisie, gdzie pracował w zawodzie felczerskim przez lat 25. Na wieść o wskrzeszeniu Polski ś. p. A. Śmigielski powrócił do kraju w r. 1920 i osiedlił się w Częstochowie, początkowo pracując jako felczer miejski. Następnie objął posadę w szpitalu dla zakaźnych, jak również i w Pow. Kasie Chorych, gdzie przepracował aż do ostatniej chwili.

Na powyższych stanowiskach pełnił swe obowiązki gorliwie i wzorowo, czem zjednał sobie wśród przełożonych i kolegów szczerą sympatję.

Cześć jego pamięci!

B. P.

ELJASZ FRAJDAS

Prezes Radomskiego Oddziału Związku Felczerów

zmarł dnia 27 grudnia 1927 r. przeżywszy lat 47.

Zmarły był osobą indywidualną, z którego zdaniem zawsze się liczono, z jasnym umysłem, zdrową logiką, wypełniający z godnością swe obowiązki.

Zdolnością i wiedzą swoją pozyskał sobie popularność i szeroką praktykę, będąc nadzwyczaj lubianym i poważanym, przez wszystkie sfery społeczne, co wyraziło się w tem, że nieomal całe miasto brało udział w Jego pogrzebie. Nad grobem przemawiali koledzy Wolski i Grinsztajn.

Śpij spokojnie drogi kolego! Zostawiłeś w sercach naszych niezatarty żal i smutek.

Pamięć o Tobie nazawsze u nas zostanie.

Wydawca: Zarząd Główny C. Z. F. R. P. — Warszawa. Redaktor: Aleksander Krawczyk.